

# Questionnaire de prise en charge dans l'assurance familiale

## Renseignements généraux de l'adhérent

► J'étais jusqu'à présent

assuré dans le cadre d'une propre adhésion

assuré dans le cadre d'une assurance familiale

pas assuré au régime obligatoire



chez \_\_\_\_\_  
Nom et siège de la caisse d'assurance maladie

► Votre situation de famille  célibataire  marié(e) depuis \_\_\_\_\_  vit séparé(e) depuis \_\_\_\_\_  
 veuf/veuve depuis \_\_\_\_\_  divorcé(e) depuis \_\_\_\_\_  
 Partenariat de vie enregistré selon la loi sur le partenariat de vie – LPartG depuis \_\_\_\_\_  
 (dans ce cas, donner les renseignements sous la rubrique « Conjoint(s) »)

Je n'ai pas de membres de la famille devant être assurés. Dans ce cas, prière de ne signer qu'à la page 2.

► Raison de la prise en charge dans l'assurance familiale :

Début de mon adhésion  Naissance de l'enfant  Mariage  
 Fin de la propre adhésion précédente du membre de la famille  Autre \_\_\_\_\_  
 Emménagement de l'étranger

► Début de l'assurance familiale \_\_\_\_\_

En cas de questions (indication volontaire)

► Mon numéro de téléphone \_\_\_\_\_

► Mon adresse électronique \_\_\_\_\_

## Renseignements sur les membres de la famille

Les données suivantes ne sont généralement requises que pour les proches qui doivent être couverts au titre de l'assurance familiale souscrite. **Par dérogation, nous avons également besoin d'informations individuelles sur votre conjoint(e)/partenaire de vie même si une assurance familiale ne doit être souscrite que pour vos enfants et que votre conjoint(e)/partenaire est apparenté(e) à ces enfants.** Dans ce cas, en complément des informations générales, des informations sur l'assurance du/de la conjoint(e)/partenaire de vie et – si elle/il n'est pas couvert(e) au titre d'une assurance obligatoire - des informations supplémentaires sur ses revenus sont requises ; à cet effet, les revenus doivent être documentés avec une preuve de revenus et les suppléments qui sont versés en fonction de la situation familiale ne doivent pas être pris en compte dans les informations sur les revenus.

**Veillez noter qu'il est légalement interdit de demander simultanément une assurance familiale auprès de différentes caisses. Vos renseignements doivent donc garantir qu'une double assurance familiale est exclue.**

## Renseignements généraux sur les membres de la famille

	Conjoint	enfant	enfant	enfant
Nom*				
<small>*Si l'adhérent et le membre de la famille ne portent pas le même nom, l'état civil doit être prouvé une fois au moyen de documents appropriés (p. ex. acte de mariage, acte de partenariat de vie, acte de naissance) ou - s'il n'est pas possible de les présenter – au moyen d'autres documents appropriés (p. ex. notification d'allocations familiales).</small>				
Prénom				
Sexe (m = masc., f = fém., x = indéf., d = divers)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d
Date de naissance				
Adresse différente de l'adhérent le cas échéant				
Lien de parenté à l'enfant (*Le terme « Enfant biologique » doit aussi être utilisé en cas d'adoption.)		<input type="checkbox"/> Enfant biol.* <input type="checkbox"/> Enfant par all. <input type="checkbox"/> Petit-fils/ Petite-Fille <input type="checkbox"/> Enfant recueilli	<input type="checkbox"/> Enfant biol.* <input type="checkbox"/> Enfant par all. <input type="checkbox"/> Petit-fils/ Petite-Fille <input type="checkbox"/> Enfant recueilli	<input type="checkbox"/> Enfant biol.* <input type="checkbox"/> Enfant par all. <input type="checkbox"/> Petit-fils/ Petite-Fille <input type="checkbox"/> Enfant recueilli
Le conjoint est-il apparenté à l'enfant ? (Ne cocher qu'en cas d'absence de lien de parenté.)		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non

--

### Renseignements sur la dernière assurance ou sur l'assurance en cours des membres de la famille

	Conjoint	enfant	enfant	enfant
Prénom				
L'assurance actuelle - a pris fin le : - existait chez : (nom de la caisse d'assurance maladie)	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Type de l'assurance actuelle :	<input type="checkbox"/> Adhésion <input type="checkbox"/> Assurance familiale <input type="checkbox"/> Non obligatoire	<input type="checkbox"/> Adhésion <input type="checkbox"/> Assurance familiale <input type="checkbox"/> Non obligatoire	<input type="checkbox"/> Adhésion <input type="checkbox"/> Assurance familiale <input type="checkbox"/> Non obligatoire	<input type="checkbox"/> Adhésion <input type="checkbox"/> Assurance familiale <input type="checkbox"/> Non obligatoire
S'il existait en dernier une assurance familiale, nom et prénom de la personne de l'adhésion de laquelle l'assurance familiale découle.	..... (Prénom) ..... (Nom)	..... (Prénom) ..... (Nom)	..... (Prénom) ..... (Nom)	..... (Prénom) ..... (Nom)
L'assurance actuelle se poursuit : (nom de la caisse/assurance maladie).		_____	_____	_____

### Autres renseignements sur les membres de la famille

Rémunération brute d'activité marginale (par mois)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Retraite légale, pensions, pension complémentaire, pension de l'étranger, autres pensions (montant mensuel)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Activité indépendante	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui
Bénéfice de l'activité indépendante (par mois) Joindre copie de l'avis d'imposition actuel.	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Autres revenus mensuels réguliers au sens de la loi sur l'impôt sur le revenu (p. ex., rémunération brute issue d'un emploi de faible importance, revenus issus de locations et baillages, revenus issus de capitaux), autres revenus (p. ex. indemnités pour perte d'emploi)	_____ Euro (Type de revenus)			
Scolarité/Études (Joindre attestation de scolarité ou d'études pour les enfants à partir de 23 ans)		du _____ au _____	du _____ au _____	du _____ au _____
Service militaire ou service volontaire légal (Joindre attestation)		du _____ au _____	du _____ au _____	du _____ au _____

### Renseignements pour l'octroi d'un numéro d'assuré maladie pour les membres couverts par le régime familial

Propre numéro d'assurance retraite				
Les renseignements suivants ne sont nécessaires que si aucun numéro d'assurance retraite n'a encore été attribué.				
Nom de naissance				
Lieu et pays de naissance				
Nationalité				

**Je confirme l'exactitude des renseignements. Je vous informerai aussitôt de tout changement. Cela vaut en particulier si le revenu des membres de ma famille susmentionnés s'est modifié (ex. nouvel avis d'imposition pour activité indépendante) ou s'ils adhèrent à une (autre) caisse d'assurance maladie.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date (JJMMAAAA)

Par ma signature, je déclare avoir obtenu l'accord des membres de la famille à fournir les renseignements nécessaires.

Signature de l'adhérent

Signature du membre de la famille le cas échéant

En cas de membres de la famille vivant séparés, la signature d'un membre suffit.

Les données sont collectées et traitées aux fins de l'exécution de nos tâches en vertu de l'Art. 284, alinéa 1, n°1 du livre V du Code social et de l'Art. 94, alinéa 1 du livre XI du Code social, en vue de la mise en œuvre de l'assurance familiale selon l'Art. 10 du livre V du Code social, de l'Art. 7 de la loi sur l'assurance-maladie des agriculteurs et de l'Art. 25 du livre XI du Code social. Votre coopération est requise en vertu de l'Art. 60 du livre I du Code social. Veuillez noter que le manque de coopération peut entraîner des conséquences négatives dans la mise en œuvre de l'assurance familiale. Dans le cadre des obligations légales et des obligations de notification, nous nous réservons le droit de transmettre vos données à des tiers ou à des prestataires de services qui ont été mandatés par nous dans le cadre des obligations légales et des obligations de notification. Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement de vos données et sur vos droits sur [www.aok.de/bw/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bw/datenschutzrechte).